

”MISTÄ SAA APUA KUN KULKEE NENÄ MAASSA”

Osteoporoosia sairastavan ohjaus ja
omahoidon tukeminen

Ruut Savonmäki
Mirja Venäläinen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2011

Hoitotyö
Sosiaali- ja terveys ja liikunta- ala





Tekijä(t) SAVONMÄKI, Ruut VENÄLÄINEN, Mirja	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 09.05.2011
	Sivumäärä 36	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi "Mistä saa apua kun kulkee nenä maassa" – Osteoporoosipotilaan ohjaus ja omahoidon tukeminen		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena TYRVÄINEN, Hannele		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kirurgian klinikka		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli perehtyä tieteelliseen kirjallisuuteen osteoporoosia sairastavien potilasohjauksen sisällöstä ja menetelmistä omahoidon tukemiseksi. Tämän työn pohjalta laaditaan myöhemmin kirjalliset potilasohjeet Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella osteoporoosia sairastaville. Kirjallisten potilasohjeiden tavoitteena on edistää osteoporoosia sairastavien potilaiden tiedon saantia.</p> <p>Osteoporoosia sairastaville henkilöille tehtiin kysely, joka täydensi potilasohjauksen teoreettista tarkastelua. Avoin lomake jaettiin JAMK:n HYVI-pisteen osteoporoosia sairastavien avokuntoutusryhmään "Vahvista luitasi - rakasta luustoasi" osallistuneelle kahdeksalle henkilölle. Osallistujia pyydettiin vapaasti kirjaamaan ne asiat, jotka he kokevat oman sairautensa hoidon onnistumista tukeviksi.</p> <p>Kyselyn mukaan osallistujien merkitykselliset kokemukset osteoporoosin omahoidon onnistumisesta ovat yhtenevät alan kirjallisuuden ja tutkitun tiedon kanssa. Osallistujien kirjaamat merkitykset nousivat yksilöllisesti arvotettuna, mikä teki mahdolliseksi erottaa hoidollisen, sosiaalisen ja henkisen osa-alueen osteoporoosipotilaan omahoidon tukemiseksi.</p> <p>Tuloksien perusteella osteoporoosia sairastavien tiedon määrä ja ohjaus on riittämätöntä omahoidon tukemiseksi. Tämä opinnäytetyö tukee osteoporoosipotilaiden ohjauksen kehittämistä eri muodoissaan.</p>		
Avainsanat (asiasanat) osteoporoosi, potilaan ohjaus, omahoidon tukeminen		
Muut tiedot		



Author(s) SAVONMÄKI, Ruut VENÄLÄINEN, Mirja	Type of publication Bachelor's	Date 09.05.2011
	Pages 36	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title "How to Get Help When You Feel Your Nose Is Verging on The Ground When Walking" - The guidance and self-care support of an osteoporosis patient		
Degree Programme Nursing		
Tutor(s) SUONPÄÄ-LEHTONEN, Leena TYRVÄINEN, Hannele		
Assigned by Central Finland Health Care District / Surgery		
<p>Abstract</p> <p>The aim of the thesis was to study the literature on patient guidance and its methods for self-care support. Based on the study, written instructions for osteoporosis patients within the Central Finland Health Care District will be elaborated later. The aim of the instructions is to promote patients' access to information.</p> <p>A survey for people with osteoporosis was conducted, completing the theoretical frame of the study. The open form was handed out to the participants of the rehabilitation group provided by JAMK University of Applied Sciences / Nursing (JAMK HYVIpiste). The group called "Strengthen your bones - love your skeletal system" consisted of eight people. Participants were invited to record all things they perceived to be supportive for the successful self-care process.</p> <p>According to the survey, participants' experience of the success of the osteoporosis self-care is consistent with the literature and earlier research findings. Participants' experiences were individually pronounced, thus making it possible to identify the important aspects of osteoporosis patient self-care support. Needs in therapeutic, social and emotional support could be distinguished.</p> <p>The results showed that access to both information and guidance are insufficient for people with osteoporosis, in order to be successfully supported in self-care. This study supports further improvement in the guidance of patients with osteoporosis in its various forms.</p>		
Keywords osteoporosis, patient guidance, self-care support		
Miscellaneous		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	2
2 OSTEOPOROOSI SAIRAUTENA	3
2.1 Luun elinkaari ja ikään liittyvät luumassan muutokset.....	4
2.2 Osteoporoosiriskin arviointi.....	5
3 OSTEOPOROOSIN HOITO	6
3.1 Osteoporoosi ja ravitsemus	7
3.2 Osteoporoosi ja liikunta.....	8
3.3 Kaatumisen ehkäisy	9
3.4 Osteoporoosin lääkehoito	9
3.5 Vertaistuki.....	11
4 POTILASOHJAUS	11
4.1 Ohjaus käsitteenä	12
4.2 Lait ja asetukset.....	14
4.3 Eettiset periaatteet.....	15
4.4 Potilaslähtöinen ohjaus hoitotyössä.....	15
4.5 Voimaantuminen	17
4.6 Omahoidon tukeminen	17
4.7 Osteoporoosipotilaan ohjaustarpeet.....	18
5 KIRJALLINEN POTILASOHJE OHJAUKSEN TUKENA.....	19
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ	21
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	21
7.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu	21
7.2 Tutkimusmenetelmät	22
7.3 Aineistoanalyysi.....	22
8 TULOSTEN TARKASTELU.....	23
9 POHDINTA	27
9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	27
9.2 Johtopäätökset ja kehittämisalueet	28
LÄHTEET.....	31
LIITEET	34

1 JOHDANTO

Valtakunnallisissa linjauksissa, kuten KASTE-ohjelmassa, tulee esille potilaskeskeisyys, potilaiden omahoidon tukeminen sekä potilaan oma merkitys turvallisuuden edistämisessä. Potilaan voimaantuminen ja osallistuminen omaan hoitoonsa sekä sitä koskevaan päätöksentekoon edellyttää riittävää tiedon saantia ja neuvontaa (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, 2008). Suomessa potilaan oikeus tietoon on määritelty myös laissa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Hoitotyössä ohjaus on keskeinen osa-alue. Hoitoajat ovat lyhentyneet ja ohjaamiselle jää entistä vähemmän aikaa. Potilaiden ohjaustarpeet on huomioitava ja ohjausta tulee antaa niin, että potilaat ymmärtävät omahoidon tukemisen merkityksen.

Ohjauksella on todettu olevan potilaiden hoitoon ja sairauteen liittyvän tiedon ymmärtämisessä positiivisia vaikutuksia. Ohjauksella voidaan vaikuttaa myös omahoitoon ja arkipäivässä selviytymiseen sekä hoitoon sitoutumiseen. Sairastuminen aiheuttaa ihmiselle kriisitilanteen joten ohjauksen ymmärtäminen voi olla vaikeaa. Hyvässä vuorovaikutussuhteessa tapahtuva potilasohjaus vähentää sairauden mukanaan tuomaa epävarmuutta, ahdistusta ja pelkoa.

Potilasohjauksen kehittämisen kannalta on tärkeää, että ohjeet ovat näyttöön ja tutkittuun tietoon perustuvia. Hyvällä potilasohjauksella on kansantaloudellista ja –terveydellistä merkitystä. (Ohtonen, 2006.)

Potilasohjauksella tuetaan omahoitoa. Omahoito merkitsee sitä, että potilas osallistuu aktiivisesti omaan hoitoonsa ja elintapamuutosten suunnitteluun ja toteuttamiseen. Omahoidossa painottuvat potilaan oman arjen asiantuntijuus, räätälöidyt hoitoratkaisut ja potilaan omien hoitopäätösten hyväksyminen. Omahoitovalmennuksessa pyritään tukemaan potilasta saavuttamaan paras mahdollinen elämänlaatu pitkäaikaissairaudesta huolimatta. (Routasalo & Pitkälä, 2009.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on perehtyä tieteelliseen kirjallisuuteen potilasohjauksen sisällöstä ja menetelmistä. Lisäksi osteoporoosia sairastaville henkilöille tehtiin kysely, joka täydentää potilasohjauksen teoreettista tarkastelua. Opinnäytetyön tavoitteena on kirjallisten potilasohjeitten laatimisen myötä edistää Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella hoidettavien osteoporoosia sairastavien potilaiden tiedon saantia. Näin opinnäytetyö on perustana potilasohjeille, jotka

laaditaan myöhemmin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella osteoporoosia sairastaville.

2 OSTEOPOROOSI SAIRAUTENA

Osteoporoosi on sairaus, jolle on tyypillistä luun määrän väheneminen sekä luun hienorakenteen muutos. Nämä johtavat luun lujuuden heikkenemiseen ja murtumavaaran suurenemiseen. Murtuman syntymiseen vaikuttavat myös luuhun kohdistuvan trauman laatu, pehmytkudoksen suojavaikutukset sekä kaatumisalttius. Tällaisia osteoporoottisia murtumia esiintyy tyypillisesti varttinäluun alaosassa, olkavarressa, selkänikamissa sekä lonkkaluussa. Nämä murtumat ovat suuri kansanterveydellinen ongelma. Maailman Terveysjärjestö WHO pitää osteoporoosia toisena johtavana terveysongelmana sydän- ja verisuonitautien jälkeen. (Wilson, 2004.)

Ikääntymiseen liittyvä luuston haurastuminen alkaa noin 40 -vuotiaana ja jatkuu elämän loppuun asti. Osteoporoosi on erittäin salakavala sairaus kuten sydän - ja verisuonitauditkin. Ensimmäinen oire osteoporoosista voi olla murtuma. Suomessa on arviolta noin 800 000 osteoporoosia ja osteopeniaa sairastavaa henkilöä, joista vain 10 % kuuluu hoidon piiriin. Osteoporoosi on alidiagnosoitu ja -hoidettu kansansairautemme. (Kansallinen toimenpideohjelma vuosille 2009–2012, 2009.)

Suomessa sattuu vuosittain noin 35000 osteoporoottista murtumaa. Tyypillisiä osteoporoottisia murtumia ovat lonkka-, ranne-, olkavarren- ja nikaman murtumat. Uusien lonkkamurtumien määrä yli kaksinkertaistui aikavälillä 1973–2000 (2390 - 5588 murtumaa). Uusien lonkkamurtumien määrä on pysytellyt noin 6000 murtumassa vuodessa. Vuoden 2000 luvun alkupuolella ennusteet lonkkamurtumien ilmaantuvuudesta olivat määrällisesti suurempia. Vuonna 2006 ensimmäisen lonkkamurtuman sai 6569 henkilöä. Syitä murtumien ilmaantuvuuden myönteiselle kehitykselle voi vain arvailla. Odotettavissa olevat demografiset muutokset vaikuttavat suuresti murtumien määrälliseen ennusteeseen, koska iäkkäämpien ihmisten osuus väestöstä tulee kasvamaan voimakkaasti. (Kansallinen toimenpideohjelma vuosille 2009–2012, 2009.)

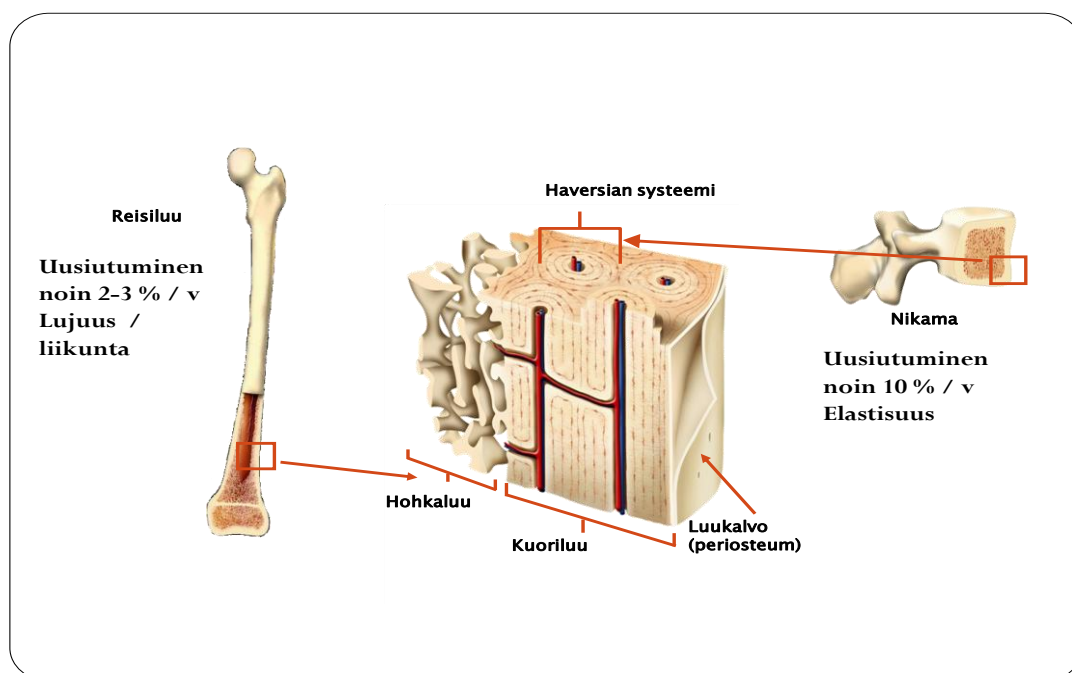
2.1 Luun elinkaari ja ikään liittyvät luumassan muutokset

Luuta muodostuu ihmisen kehityksen aikana kahdella eri tavalla: sidekudossyntyisen luutumisen kautta tai rustoisen välivaiheen kautta. Suuri osa luistamme muodostuu rustosyntyisen luutumisen välityksellä. Tyttöillä luusto kypsyy hieman nopeammin kuin pojilla. Luuston kasvu ja kypsyminen ovat monien endokriinisesti vaikuttavien tekijöiden säätelemiä, esimerkkeinä kasvuhormoni ja tyroksiini. (Väänänen, 1996.)

Mineraalikiteet ja kollageenisäikeet ovat ihmisen luissa keskinäisesti järjestäytyneet liimapalkkeja muistuttavaksi lamellaarisiksi rakenteiksi. Rakenne on sama sekä hohkaluussa että tiiviissä kuoriluussa, vaikka lamellit ovat niissä järjestäytyneet eri tavoin. Luun rakenteellinen perusyksikkö on osteoni. Aikuisella ihmisellä on osteoneja hohkaluussa noin 14 miljoonaa ja kuoriluussa noin 21 miljoonaa. Luun aineenvaihdunnassa ja iän mukana tapahtuvassa luuston uusiutumisessa syntyy ja häviää jatkuvasti osteoneja. Puoliintumisaika ihmisen luustossa on keskimäärin noin 12–15 vuotta. Hohkaluun puoliintumisaika on lyhyempi, kun vastaavasti kuoriluussa se on hieman pidempi. (Väänänen, 1996.)

Luun uusiutumiskierrossa on aktivaatio-, resorptio-, palautumis- ja synteesivaihe. Aktivaatiovaiheessa luuytimessä olevat osteoklastien (luuta syövät) kantasolut aktivoituvat, ja siirtyvät resorptiopaikalle, jossa ne tekevät tilaa uudelle osteonille hajottamalla vanhaa luuta. Osteoklastit liuottavat erittämänsä suolahapon avulla luun mineraaleja sekä samalla hajottavat orgaanista väliainetta useiden entsyymien vaikutuksesta. Resorptiovaihe kestää 2-4 viikkoa. Tämän jälkeen palautumisvaiheessa on soluja, joiden tehtävänä on viimeistellä hajotustapahtuma ja valmistaa hajotuspinta luuta muodostaville osteoblasteille. (Väänänen, 1996.)

Luun muodostumisvaihe alkaa osteoblastien kantasolujen erilaistuttua ja aloittaessa luun väliaineen synteesin. Luun muodostumisvaihe kestää pitempään kuin luun resorptiovaihe. Hohkaluussa uusiutumiskierron pituus on noin 200 vrk ja kuoriluussa noin 100 vrk. Kun luun aineenvaihdunta on tasapainossa, osteoblastien tekemän uuden luun määrä on yhtä suuri kuin osteoklastien hajottama määrä. Luun määrä kasvaa 20 - 30 ikävuoteen saakka ja säilyy terveellä ihmisellä melko muuttumattomana 40 ikävuoteen asti. (Väänänen, 1996.)



Kuva 1. Kuva mukaeltu DW. Dempsterin (2006) kirjan Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism mukaan.

Hidas luumassan häviäminen alkaa varsin pian luun huippumassan saavuttamisen jälkeen. Neljännellä ja viidennellä ikävuosikymmenellä menetetään vuosittain luumassasta noin 0,5 - 1,0 %. Nainen menettää luuston huippumassastaan noin puolet 80 vuoden ikään mennessä. Naisilla luukato kiihtyy vaihdevuosien jälkeen. Miehillä menetys ei ole yhtä huomattava, mutta kuitenkin 25- 30 %. Tämänkin suuruinen menetys luumassaa heikentää väistämättä luun lujuutta. Luun lujuus on riippuvainen kolmesta tekijästä: luun geometriasta, materiaalisista ominaisuuksista ja massasta. Ihmisen vanhetessa kaikki nämä kolme tekijää muuttuvat. (Väänänen, 1996.)

Osteoporoosissa luun aineenvaihdunta on kiihtynyt. Osteoporoosissa luun määrä on vähentynyt ja näin luun lujuutta heikentävät muutokset vaikuttavat luun mikroarkkitehtuuriin. Hohkaluussa tapahtuu palkkien reikiintymistä ja katkeamista, mikä heikentää nopeasti luun mekaanista lujuutta. Myöhemmällä iällä kuoriluunkin reikiintyminen lisääntyy ja luusto heikkenee. (Väänänen, 1996.)

2.2 Osteoporoosiriskin arviointi

Osteoporoosin ainoa kliininen ilmenemismuoto on murtuma, joka ilmaantuu taudin vaikutuksen myötä. Tällöin luumassan väheneminen on saattanut edetä jo pitkälle. Osteoporoosiriskiä arvioitaessa ovat myös muut kuin luumassaan liittyvät tekijät

tärkeitä, kaatumisen todennäköisyyttä lisäävät sekä muut taustatekijät tulee arvioida. Useiden tutkimusten mukaan riskitekijöinä osteoporoosille pidetään taulukossa 1 olevia tekijöitä. Osteoporoosin taustalla voi olla myös sekundaarisia aiheuttajia muun muassa tietyt lääkehoidot sekä sairaudet. (Kansallinen toimenpideohjelma vuosille 2009–2012, 2009.)

Taulukko 1: Osteoporoosin tärkeimmät riskitekijät (Kansallinen toimenpideohjelma vuosille 2009–2012, 2009.)

<p>Ikä Alipainoisuus Aiempi pienenerginen murtuma Lonkkamurtuma äidillä Vähäinen liikunta Hormonaaliset tekijät</p> <p>Ruoansulatuskanavansairaudet: Laktoosi- intoleranssi D-vitamiinin puute Keliakia</p> <p>Tulehdukselliset sairaudet: Reuma ja colitis ulcerosa</p>	<p>Tietyt lääkkeet: Glukokortikoidit Fenytoiini Karbamatsepiini Hepariini Suuriannoksinen tyroksiini</p> <p>Muut riskitekijät: Tupakointi Runsas kahvin juonti Liiallinen alkoholin käyttö Pituuden lyhentymä</p>
--	---

3 OSTEOPOROOSIN HOITO

Osteoporoosin hoidon tavoitteena on estää luuston kunnon huononeminen, luuston tiheyden pienentyminen ja murtumat. Tavoitteena on myös osteoporoosista sekä murtumista johtuvan kivun lievittäminen. Osteoporoosin perushoitona on monipuolinen ja riittävästi kalsiumia ja D-vitamiinia sisältävä ruokavalio sekä luustoa kuormittava liikunta. Osteoporoosin lääkehoidon aloittamiseen vaikuttaa osteoporoottinen murtuma sekä luustontiheysmittauksella todettu osteoporoosin tasoa oleva luustontiheys. WHO:n määritelmän mukaan osteoporoosin kriteerinä on luuntiheys, joka on vähintään 2.5 SD terveiden 20–40-vuotiaiden naisten keskimääräistä luuntiheyttä pienempi. Hoitopäätökseen vaikuttavat myös potilaan ikä, kokonaistilanne, muut sairaudet ja lääkehoidot. (Käypä hoito -suositus, 2006.)

Osteoporoosia sairastavien sitoutuminen lääkehoitoon on huono. Noin puolet potilaista keskeyttää hoitonsa vuoden sisällä sen aloittamisesta. Kielteiseen hoitomyöntyvyyteen vaikuttaa se, että potilaalle ei aina kerrota hoidon alkaessa tarpeesta sitoutua pitkäaikaiseen lääkehoitoon eikä ole suunniteltu hoidon seuranta. (Simonen, 2010.)

3.1 Osteoporoosi ja ravitsemus

Lähes 80 % suomalaisten kalsiumin saannista on peräisin maitovalmisteista. Maidosta ja juustosta kalsiumin hyväksikäytettävyys on yleisesti parempi kuin kasvikunnan kalsiumlähteistä, jotka sisältävät myös vähemmän kalsiumia. Suositusten mukaan kalsiumin saannin tulisi olla 1,0 - 1,5 g vuorokaudessa. Maito, piimä, viili ja jogurtti sisältävät kalsiumia 120 mg desilitrassa. Rasvattomien maitotaloustuotteiden kalsiumsisältö on sama kuin rasvaisten. Yksi siivu (10g) juustoa sisältää keskimäärin 100 mg kalsiumia. Kala on myös tärkeä kalsiumin lähde, esimerkiksi 120 g kirjolohta sisältää 155 mg kalsiumia. D-vitamiini lisää kalsiumin ja fosfaatin imeytymistä suolistossa ja turvaa näin luuston tärkeiden rakennusaineiden saannin. D-vitamiinin puutos vähentää luun mineraalia, mikä lapsuus- ja nuoruusiässä ilmenee riisitautina ja aikuisilla osteomalasiana. Se myös suurentaa seerumin lisäkilpirauhashormonipitoisuutta, mikä lisää luun vaihduntaa ja voi täten aiheuttaa osteoporoosia. Vanhuksilla D-vitamiinilisä estää luun mineraalitiheyden pienentymistä ja vähentää yhdessä kalsiumlisän kanssa reisiluun murtumia ja muita murtumia sekä naisilla että miehillä. Tärkeää on kalsiumin ja D-vitamiinin yhteiskäyttö. (Arokoski, Pohjolainen, Laaksonen, Saarinen & Arokoski, 2001, Harju, 2011.)

Suomessa on riittävästi auringonvaloa iholla tapahtuvaan D-vitamiinisynteesiin vain huhtikuulta elokuulle, joten Suomessa ihmiset tarvitsevat pimeään aikaan D-vitamiinia ravinnosta. Suomen ravitsemusneuvottelukunnan saantisuosituksot ovat 7,5 mikrogrammaa 3-60 -vuotiaille ja yli 60 -vuotiaille 20 mikrogrammaa vuorokaudessa. Ravinnossa D-vitamiini esiintyy sekä kasviperäisenä D2- että eläinperäisenä D3-muotona, joista D2-vitamiini imeytyy huonommin, mutta joiden käyttäytyminen aineenvaihdunnassa lienee samanlainen. Merkittävimmät D-vitamiinin lähteet suomalaisessa ruokavaliossa ovat D-vitaminoidut maitotuotteet, margariini, kala ja kanamuna. (Arokoski ym., 2001, Harju, 2011.)

3.2 Osteoporoosi ja liikunta

Lapsuudessa ja nuoruudessa harrastettu kuormittava liikunta vaikuttaa myönteisesti luun huippumassaan. Liikunta kuormittaa luita ainakin kahdella tavalla: kuormittavan liikunnan suoralla vaikutuksella ja lihasten supistumisen välityksellä. Täydellisen vuodelevon aikana luumassan väheneminen voi olla kokonaisuudessaan jopa 40 prosenttia. (Harju, 2011.)

Luun massa alkaa vähentyä hitaasti 20–50 vuoden välillä, jolloin sitä voidaan liikunnalla ylläpitää. Aikuisilla naisilla, jotka ovat voimistelleet noin 10 -vuotiaina lapsina, on havaittu olevan paljon parempi luun mineraalitiheys kuin naisilla, jotka eivät ole lajia harrastaneet. Suomalaistutkimusten mukaan kaikkein liikunnallisimmat tytöt saavuttavat noin 40 prosenttia enemmän luumassaa verrattuna vähiten liikuntaa harrastaviin ikätovereihinsa. Ikääntyneillä liikunnan tavoitteena on luumassan menetyksen hidastaminen ja liikkumisvarmuuden parantaminen. Liikunnassa luuston kannalta olennaista on, että liikkuja joutuu kannattelemaan kehonsa painoa ja käyttämään kohtuullista voimaa. (Harju, 2011.) Tutkimusten mukaan tiedetään että liikunnan puute voi edesauttaa luumassan vähenemistä. (Leinonen & Havas, 2008.)

Liikunnassa tulee olla tärähdyksiä ja nopeita monisuuntaisia liikkeitä. Matalakin kuormitustaso saattaa parantaa luuntiheyttä, jos kuormitusjaksojen määrä on suuri. Luustoa vahvistava liikunta jaetaan voima-, isku (tärähdys)-, ja kestävyysliikuntaan. Voimaharjoittelun pitää sisältää harjoitteita lonkan, polven, nilkan, kyynärvarren ja selkärangan lihasryhmille. Voimaharjoittelun aikaansaama luuntiheyden kasvu on ollut noin 1-4 %:n luokkaa eri tutkimuksissa. Osteopeniaa tai osteoporoosia sairastavilla vaihdevuosi-ikä ohittaneilla naisilla lyhyt, 10 minuuttia päivittäin, asteittain etenevä isometrinen harjoittelu on riittävä ärsyke lisäämään luuntiheyttä. (Swezey, 2000.)

Iskutyypinen harjoittelu (aerobic, step) lisää kuormitettujen luiden, lannenikamat, reisiluunkaula, reisiluun distaaliosat, polvilumpio, proksimaalinen sääriluu ja kantaluu, luuntiheyttä 35–45-vuotiailla naisilla keskimäärin 1,4- 3,7 %. Tutkimuksen mukaan kohtuullisen suuritehoinen kestävyysharjoittelu voi säilyttää reisiluunkaulan luuntiheyttä vaihdevuosi-ikää lähestyvillä naisilla. Arvioidaan, että puolen tunnin kävely päivittäin 5 kilometrin tuntivauhdilla on riittävä ylläpitämään luun mineraalimassaa. (Heinonen, 2010.)

Luuliikunnan perustaksi sopii terveystoiminnan perusohje. Kohtuullisesti kuormittavaa liikuntaa tulisi harrastaa 30 minuuttia tai enemmän useampana päivänä viikossa. Tämän lisäksi luustoa tehokkaimmin kuormittavia liikuntalajeja pitäisi harrastaa vaihtelevasti ainakin kolmena päivänä viikossa. (Heinonen, 2010.)

3.3 Kaatumisen ehkäisy

Kaatumisten ilmaantuvuus kasvaa vanhuksilla iän mukana. Naisten kaatumisen ilmaantuvuus on suurempi kuin miesten. Yli 80-vuotiaille suomalaisille naisille tapahtui vuonna 2002 yli 9000 ja miehille noin 2500 sairaalahoitoa vaatinutta kaatumisvammaa. Ikäihmisten yleisimmistä sairaalahoitoja vaatineista kaatumisvammoista on murtumia noin 70 %. (Kannus, 2010.)

Läkkäiden kaatumisen syyt jaetaan kahteen ryhmään, sisäisiin ja ulkoisiin. Sisäisten kaatumisten syitä ovat henkilön ominaisuuksiin liittyvät tekijät kuten liikkumisvaikeudet ja sairaudet, aivohalvauksen jälkitila, depressio, kaatumisen pelko, virtsainkontinenssi, huimaus, huono näkökyky sekä dementia. Rungon lääkkeiden käyttö ja siihen liittyvät sivuvaikutukset ovat myös keskeinen kaatumisen riskitekijä. Ulkoisia syitä kaatumiseen ovat ympäristöön liittyvät riskitekijät kuten liukkaus, kynnykset, matalat istuimet sekä matot. Kaatumisia voidaan ehkäistä parantamalla ikäihmisten ympäristön turvallisuutta, poistamalla liikuntaesteet, eliminoimalla lattioiden liukkaus, parantamalla valaistusta, asentamalla tartuntatukia sekä kiinnittämällä huomiota jalkineisiin. (Kannus, 2010.) Turvallisuuteen liittyen ikäihmisille tulisi suositella lonkkahousuja ehkäisemään lonkkamurtumia. Norjassa tehdyn tutkimuksen (N=1236) mukaan lonkkahousut vähentävät noin 60 prosenttia lonkkamurtumariskiä. (Benzen, Bergland & Forsén, 2008.) Ikääntyneiden kaatumisten syynä on usein hoitamaton tai havaitsematon terveyteen liittyvä ongelma. Kaatumisten ehkäisyssä on huomio kiinnitettävä useisiin riskitekijöihin, jotka edellyttävät terveydentilan selvittelyä. (Kannus, 2010.)

3.4 Osteoporoosin lääkehoito

Osteoporoosin perus- ja lääkehoidon tavoitteena on estää luuston kunnan huonontuminen, mineraalitiheyden pienentyminen ja murtumien syntyminen. Osteoporoosilääke valitaan niiden joukosta, jotka tutkimuksissa ovat estäneet radiologisia tai kliinisiä osteoporoottisia murtumia. (Käypä hoito -suositus, 2006.)

Osteoporoosilääkkeet yleensä vähentävät luun hajoamista tai lisäävät uuden luun muodostumista. Tarkoitukseen käytettäviä lääkevalmisteryhmiä on useita ja niitä käyttämällä on mahdollista ehkäistä 50–70 % kaikista osteoporoosiperäisistä murtumista. (Simonen, 2010.)

Osteoporoosin ja sen hoidon tehon seurannan tulee perustua luuston mineraalitiheysmittauksiin, jos se on mahdollista. Lääkehoidon tehon tutkimiseksi mittauksia tehdään 2–3 vuoden välein. Nopeammin kuin luuntiheysmittauksilla lääkehoidon tehoa voidaan arvioida luun vaihdunnan kemiallisilla mittareilla. (Käypä hoito -suositus, 2006.)

Osteoporoosilääke valitaan niiden joukosta, jotka tutkimuksissa ovat estäneet radiologisia tai kliinisiä osteoporoottisia murtumia. Bisfosfonaatit ovat tällä hetkellä ensisijaisia osteoporoosin lääkehoidossa. Ne ovat joko kerran viikossa tai kerran kuukaudessa suun kautta annosteltavia. Niiden on arvioitu estävän noin puolet osteoporoottisista luunmurtumista. Lääkkeen vaikutus perustuu luuta hajottavien solujen toimintaan, mikä hidastuttaa luuston aineenvaihduntaa. Tämän takia bisfosfonaattihoidossa tulee harkita lääketaukoa viiden vuoden jälkeen. Bisfosfonaatteihin liitetään ikäviä haittavaikutuksia, kuten leukaluun osteonekroosi ja poikkeavat tai huonosti luutuvat murtumat. (Käypä hoito -suositus, 2006.) Mahdollisten haittavaikutusten vuoksi tämän lääkeryhmän käyttöä tulisi tarkkaan punnita sellaisten potilaiden kohdalla, joiden murtumariski on vähäinen tai kohtalainen. (Harju, 2011.)

Uusin osteoporoosin täsmälääke on denosumabi, joka on bioteknologisesti valmistettu. Se on ensimmäinen monoklonaalinen vasta-aine. Tutkimusten mukaan se estää 68 prosenttia nikamamurtumista ja 40 prosenttia lonkkamurtumista. Lääke estää luiden haurastumista eikä kerry luuhun. Lääkkeen annostus on puolen vuoden välein ihon alaisena injektiona. (Vesänen, 2009, Reid, Blake, Abramson, Khan, Senikas & Foriter, 2009.)

Useat tekijät pienentävät elimistössä kalsitriolin välittämää D-vitamiinivaikutusta. D-vitamiinin saanti ja sen synteesi ihossa voivat vähentyä ja D-vitamiinin muuntuminen kalsitrioliksi saattaa pienentyä munuaisten heikentyneen toiminnan vuoksi. Ihmisen ikääntyessä suolisto ei reagoi normaalisti kalsitrioliin ja kalsiumin imeytyminen vähenee. Tämän takia kalsitrioli pitää liittää osteoporoosin hoitoon. (Välimäki, 2003.)

Osteoporoosilääkkeiden haitoista ja hyödyistä on olemassa erilaista tutkimustietoa. Lääkkeiden käyttöä on perusteltu terveystaloustieteellisillä näkökulmilla. Potilaille osteoporoosilääkkeistä on selvää hyötyä. Niiden on osoitettu parantavan luuntiheyttä sekä vähentävän osteoporootikkojen murtumariskiä 30–50 prosentilla. (Harju, 2011.)

3.5 Vertaistuki

Vertaistukea määritellään ihmisen tarpeella saada ja antaa tukea, vertailla omia kokemuksiaan ja omaa elämäntilannettaan. Tämä tuo esiin, miten oma elämä ja voimavarat, sairaus ja sen kanssa selviytyminen on samanlaista tai erilaista kuin joidenkin muiden vastaavassa tilanteessa. Vertaistuki mahdollistaa potilaan arvioinnin muiden samaa sairautta sairastavien tilanteeseen ja se voi antaa motivaatiota ja halua selviytyä tilanteesta. Ryhmässä vertaistuki voi antaa jäsenilleen hyviä kokemuksia, jotka saavat aikaan muutosta terveyskäyttäytymisessä. Tämä parantaa potilaan omia kykyjä ja hallintamahdollisuuksia, mikä on hyvinvointia tukevaa ja sairausriskejä vähentävää. (Kukkurainen, 2007.)

Vertaistuki on yksi hyvinvoinnin osatekijä. Mikkonen (2009) määrittelee väitöskirjassaan vertaistukea sosiaalipoliittisesti, mutta tarkastelee sitä myös psykologisesti että sosiologisesti yksilön ja ryhmän toimintana. Vertaistuen lähtökohdaksi määritellään muitakin kuin ongelmatekijöitä, kuten elämänmuutos. Vertaistuellla myös tarkoitetaan samanlaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten halua jakaa elämäkokemuksiaan ja tietoaan. Vertaissuhteessa toisten kokemusmaailmat avautuvat omien kokemusten kautta. Toiminnan tasolla tämä tarkoittaa sitä, että omat kokemukset annetaan toisten käyttöön. Sosiaalinen tuki on vertaistuen yläkäsite. Näin ollen sairastuneen vertaistuki on sosiaalista tukea, jonka tarjoajat kuuluvat usein kolmannen sektorin toimijoihin. Vertaistuki on vapaaehtoistoimintaa, ja sitä annetaan tavallisen ihmisen tiedoin ja taidoin. Se ei korvaa ammattityötä vaan toimii sen tukena. (Mikkonen, 2009.)

4 POTILASOHJAUS

Potilaan itsemääräämisoikeutta ja tiedonsaantioikeutta hoitoonsa ja terveyteensä liittyvissä asioissa määrittävät laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Terveystieteiden tutkimuskeskus on velvoitettu lakien ja suositusten mukaan järjestämään potilasohjausta. Ohjauksen tulee olla yhtä laadukasta kuin muunkin hoidon osa-

alueen, näin varmistetaan potilaan riittävä tiedonsaanti päätöksenteon ja itsehoidon tueksi. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors, 2007.)

Potilasohjaus on osa hoitoprosessia ja sitä voidaan määritellä aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Ohjaussuhteessa on lähtökohtana osapuolten taustatekijät. Ohjauksen tavoitteena on tukea potilasta tiedon avulla selviytymään itsenäisesti terveytensä ylläpidossa ja hoidossa. Ohjauksella voidaan vaikuttaa potilaan tyytyväisyyteen ja mielialaan, tiedon määrään, omahoitoon ja hoitoon sitoutumiseen. (Kääriäinen 2007.)

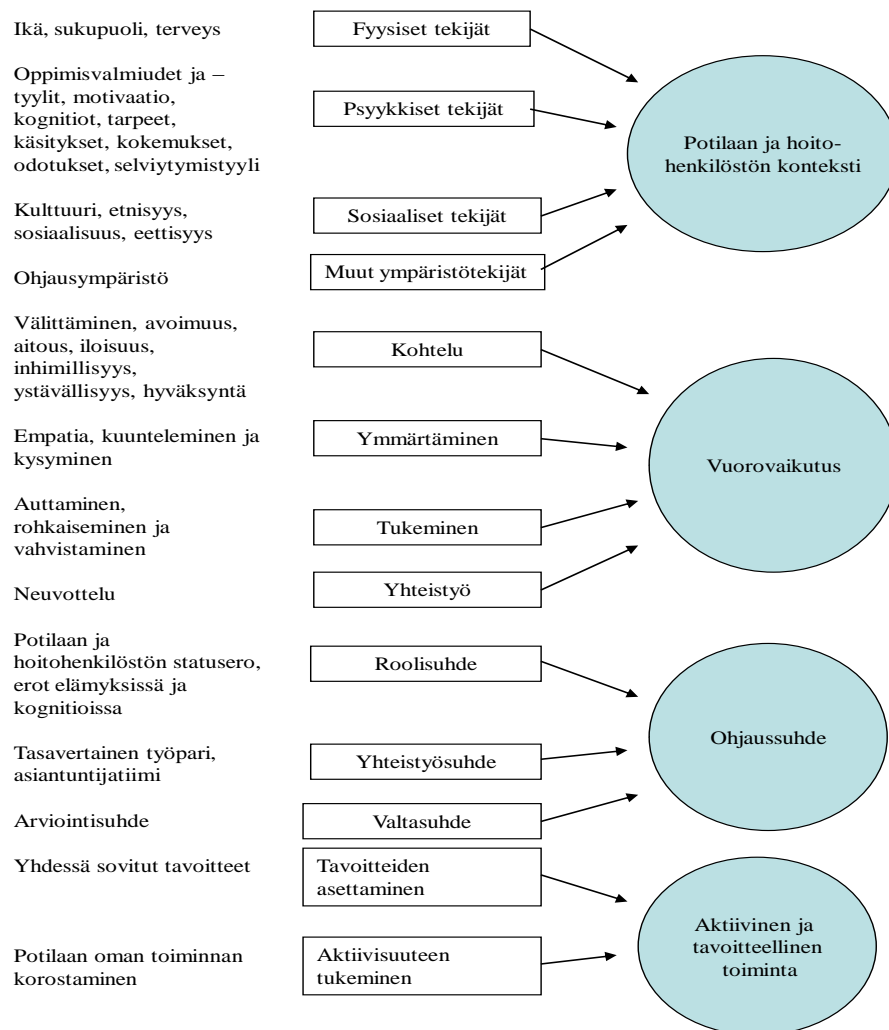
Ohjaus on dialogia jossa luodaan uutta. Kreikan *dia* merkitsee kahta ja *logos* sanaa tai puhetta (Onnismaa, 2007, 44). Dialogia voidaan tulkita keskusteluksi, jossa rakennetaan merkitystä, tarkoitusta ja tulkintaa elämälle ja maailmalle. Dialogissa osapuolet ovat avoimia toistensa vaikutuksille ja näin kommunikaatioprosessissa syntyy uusia merkityksiä. Dialogi on neuvottelua, jossa osapuolilla on oma äänensä. (Onnismaa, 2007.)

4.1 Ohjaus käsitteenä

Ohjausta käsitteenä käytetään hoitotyössä paljon ja sitä kuvataan usein osana hoitotyön ammatillista toimintaa. Ohjausta on tilanteissa, joissa on tavoitteena esimerkiksi potilaan elämäntapamuutokset. Ohjauksessa painotetaan potilaan henkilökohtaisten kokemusten huomiointia, potilaan ja hoitajan jaettua asiantuntijuutta sekä potilaan omaa vastuuta ohjauksessa tapahtuvasta oppimisesta ja tehdyistä valinnoista. Potilas tulee ymmärtää aktiivisena oman tilanteensa asiantuntijana. Ohjauksella pyritään tukemaan potilaan omia voimavaroja niin, että hänen oma motivaationsa sairauden hoidossa lisääntyisi ja hän pystyisi ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään. Ohjaus auttaa potilasta saavuttamaan hoidon tavoitteet. Tärkeänä voimavarana tulisi nähdä myös potilaan perhe ja vertaisryhmät. Hoitajan tehtävänä on auttaa käsittelemään kokemuksia, käyttämään resursseja ja ratkaisemaan ongelmia tai löytämään erilaisia tapoja toimia. Hoitajan tulee varmistaa, että potilaan käsitykset eivät ole virheellisiä tai epärealistisia. (Kääriäinen & Kyngäs, 2006.)

Ohjaus on sidoksissa potilaan ja hoitajan välisessä suhteessa yksilöllisiin, fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Potilaan ja hoitajan välinen

ohjaussuhde on roolisuhte, jolle on ominaista potilaan ja hoitajan statusero, erot elämyksessä ja kognitioissa. Ohjaus on tavoitteellista toimintaa, johon sisältyy potilaan henkilökohtaisten merkitysten löytämistä. Ohjauksessa on myös huomioitava tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan oppimisvalmiuksiin, motivaatioon, itseohjautuvuuteen, älykkyyteen ja kokemuksiin, mieltymyksiin, odotuksiin ja tarpeisiin. Ohjauksessa on keskeistä fyysinen, kielellinen sekä ajatteluun ja tunteisiin liittyvä vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä. Ohjauksessa tavoitteena on vaikuttaa tunteisiin, asenteisiin ja käyttäytymiseen muutoksen edistämiseksi. Näillä pyritään parantamaan potilaan selviytymiskykyä ja elämänlaadun hallintaa. Kuviossa 1. esitetään ohjaus-käsitteen ominaispiirteet Kääriäisen mukaan. (Kääriäinen, 2007.)



Kuvio 1. Ohjaus-käsitteen ominaispiirteet (Kääriäinen, 2007, 110).

4.2 Lait ja asetukset

Potilaan oikeusturvan parantamiseksi Suomessa on laki potilaan oikeuksista. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista käsittelee asioita, jotka liittyvät suoraan ohjauksen määritelmään. Laki koskee koko terveydenhuoltoa ja sosiaalihuollon laitoksissa annettavia terveydenhuollon palveluita. Jokaisella Suomessa asuvalla on oikeus saada terveydentilansa edellyttämää terveydenhoitoa ja sairaanhoitoa niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat käytettävissä. Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Lait eivät suoraan määrittele hoitotyöhön liittyvää suullista tai kirjallista ohjausta, mutta käsittelevät terveyteen liittyviä yleisiä perustehtäviä, joihin myös ohjaus ja neuvonta kuuluvat. Suomen perustuslaki määrittelee kansalaisten perusoikeudet, joihin kuuluvat muun muassa yhdenvertaisuus ja oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Kansalaisten perusoikeuksiin kuuluu myös oikeus sosiaaliturvaan minkä perusteella julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Kansanterveyslain (1972/66) 14. pykälä velvoittaa kuntia huolehtimaan asukkaiden terveysneuvonnasta, terveystarkastuksista, hoidosta ja lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Erikoissairaanhoitolaki (1989/1062) sisältää osia muun muassa neuvonnasta sekä sopeutumisvalmennuksesta ja – ohjaustoiminnasta. Potilaalla on myös tiedonsaantioikeus ja hänen itsemääräämisoikeuttaan pitää kunnioittaa. (Kyngäs ym. 2007.) Potilaat korostavat kirjallisen materiaalin merkitystä ohjauksessa. Tiedollinen tukeminen edistää potilaan itsemääräämisoikeutta ja osallistumista omaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Poutala, Partanen & Tuunainen, 2007.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) käsittelee muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilön yleisiä velvollisuuksia. Terveydenhuollon ammattihenkilöä velvoitetaan ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoaan. Potilaan oikeudet huomioon ottaen taustatekijät tulee selvittää, jotta ohjaus kohdistuu potilaan tarpeisiin. Potilaan oppimisvalmiudet pitää huomioida myös kirjallista ohjausmateriaalia laadittaessa. (Kyngäs ym, 2007.)

4.3 Eettiset periaatteet

Lakien ja asetusten lisäksi potilasohjausta määrittävät eettiset periaatteet. Terveysthuollon eettiset periaatteet ovat valtakunnallisen terveysthuollon eettisen neuvottelukunnan asettamat. Periaatteet koskevat kaikkia terveysthuollossa toimivia ja sisältävät sekä määritelmän terveysthuollon tehtävästä että eettisistä periaatteista. Terveysthuollon tehtävänä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja kärsimyksen lievittäminen. Eettiset periaatteet ovat potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonanto. Terveysthuollon eettiset periaatteet määrittelevät myös ohjauksen perustaa ja lisäävät ymmärrystä eettisesti oikeasta tavasta toimia ohjaustilanteissa. Nämä periaatteet ohjaavat huomioimaan potilaan näkemyksen ja kokemuksen, ja toisaalta ne velvoittavat hoitajan toimimaan potilaan parhaaksi. Terveysthuollon etiikan mukaan potilasohjauksen tavoite on potilaan hyvinvoinnin edistäminen. Potilasohjauksen vuorovaikutuksessa kohtaavat etiikan näkökulmasta laillisin ja eettisin perustein määritetty hoitaja ja ohjattava. Eettiset periaatteet tekevät toiminnan ymmärrettäväksi ja turvaavat hoitajan toiminnan ohjauksessa. (ETENE, 2001.)

4.4 Potilaslähtöinen ohjaus hoitotyössä

Potilasohjaus edellyttää hoitajalta riittävää tietoa ja taidon rakentumista loogiseksi kokonaisuudeksi sekä kykyä käyttää tietoa yksilöllisissä asiakastilanteissa. (Blek, Kiema, Karinen, Liimatainen & Heikkilä, 2007.) Hoitajien tulee olla tietoisia käyttämästään vallasta ja siitä kuinka se vaikuttaa vuorovaikutussuhteen muodostumiseen. (Kettunen, 2001.) Ohjaus- ja opettamisvalmiudet ovat hoitotyöntekijälle välttämättömiä, sillä opetus ja ohjaus sisältyvät lähes kaikkeen potilaan hoitoon. Potilaalle tiedonsaanti on yksi hänen keskeisistä perusoikeuksistaan terveysthuollossa. Hoitaja tarvitsee riittävän tietomäärän ohjauksen rakentamiseksi yksilöllisiin potilastilanteisiin. Ongelmina ohjauksen kunnollisessa toteuttamisessa pidetään kiirettä, tiedonpuutetta, toimintaympäristön paineita, sisällön hallinnan ongelmia ja lääketieteellisten termien tulkitsemista arkikielelle. (Hilden, 2002.)

Ohjaus edellyttää, että potilaan yksilölliset tarpeet otetaan riittävästi huomioon. Näin potilaan taustatekijät tulee tunnistettua ja niiden perusteella voidaan hänelle tarjota sellaista tietoa, mitä hän kokee tarvitsevansa. Ohjaustarpeeseen vaikuttavat fyysiset,

psyykkiset ja sosiaaliset tekijät kuten ikä, terveydentila, motivaatio ja aikaisemmat kokemukset. Ohjaus perustuu hoitajan ammatilliseen vastuuseen ja näin hoitajan tulee tiedostaa omat tavat ja asenteet, mikä helpottaa ymmärtämään potilaan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista sekä yksityisyyden tukemista. Hoitajan tulee ohjaustilanteessa asettaa potilaan kanssa yhteinen tavoite ja rohkaista ja aktivoida potilasta arvioimaan itseään ja omaa tilannettaan tavoitteiden saavuttamiseksi. Potilasta tulee tukea päätöksenteossa luomalla turvallinen ja luottamuksellinen ohjaussuhde. Potilaan autonomia toteutuu, kun hän voi päättää neuvonnan sisällöstä ja tehdyistä päätöksistä. Hoitajan tehtävänä on varmistaa, että potilas tekee päätöksensä oikeaan tietoon perustuen ja on tietoinen päätöksensä seurauksista. Vuorovaikutuksessa hoitaja toimii ohjauksen käynnistämisen asiantuntijana. Vuorovaikutuksessa ohjaussuhde on toimiva silloin, kun se on tasa-arvoinen ja molemmilla osapuolilla on samat odotukset ja tavoitteet. (Kääriäinen, 2007.)

Ohjauksessa tulee ottaa huomioon eettiset näkökulmat, joista keskeisimpiä ovat hyvä elämä, hyvän tekeminen, oikeudenmukaisuus, ihmisarvon kunnioittaminen ja perusteltavuus. Ohjaustilanteessa eettiset kysymykset nousevat potilaan oikeuksista kuten autonomiasta, yksilöllisyydestä ja vapaudesta sekä siitä, mitä on hyvän edistäminen ohjaustilanteessa. On joitakin tilanteita, joissa hoitajan on arvioitava asioita potilaan parhaaksi. Hoitajalla on omat eettiset ohjeensa, joiden mukaan tulee toimia. (Kyngäs ym.2007.)

Ohjattavalle tärkeät asiat ovat usein näkymättömiä, koska ne ovat arkisia, aina silmien edessä (Onnismaa, 2007, 45). Kettunen (2001) kirjoittaa väitöskirjassaan, että ”ammattilaisten apu tarvittaisiin eniten nimenomaan tietojen soveltamisessa omaan elämään ja osaksi arkipäivään, sillä se saattaa olla hyvinkin monimutkaista ja hankalaa”.

Onnismaan (2007) mukaan kuuntelu on puhumistakin aktiivisempaa ja asioiden kuuleminen vaikuttaa enemmän kuin niiden näkeminen. Ohjausvuorovaikutus on kuin yhteinen tutkimusmatka, jonka lopputulosta ei voi ennakoida (Onnismaa, 2007.) Aktiivinen kuunteleminen vaatii keskittymistä ja oma-aloitteisuutta kuullun ymmärtämiseksi. Aktiivinen kuunteleminen on osa korkeatasoista hoitotyötä. (Blondis & Jackson, 1998.)

4.5 Voimaantuminen

Voimaantuminen on potilaasta itsestään lähtevä prosessi, joka on sidoksissa potilaan kykyihin, mahdollisuuksiin, elämänhallinnan lisääntymiseen sekä hyvinvointiin. Tämä auttaa potilasta tunnistamaan ja kohtaamaan omat tarpeensa, ratkaista omat terveysongelmansa sekä jakaa omat voimavaransa säilyttääkseen kontrollin omasta elämästään. Lisäksi potilaan toiveikkuus tulevaisuutta kohtaan kasvaa. Voimaantuminen ei ole pysyvää eikä sitä voi antaa toiselle. Arvostus, luottamus, vapaus ja vastuu ovat merkityksellisiä voimaantumisen saavuttamisessa, ja siksi hoitajan toimiminen potilaan puolesta ei tue voimaantumista. Todellista tukea on se, että hoitaja on vierellä kulkija ja valmentaja, kun potilas tarvitsee apua ja tukea. Hoitajan aidosti potilasta kuuleva asenne tukee voimaantumista, jolloin potilas voi itse miettiä omat ratkaisunsa. (Routasalo & Pitkälä, 2009.)

Pekkarin (2008) mukaan käytännön kokemusten hyväksikäyttö ja reflektiivinen toiminta sekä ongelmanratkaisu, oppimisstrategioiden hallinta, ajattelun taidot ja erilaiset arviointitaidot ovat tavoiteltavia voimaantumisen keinoja.

4.6 Omahoidon tukeminen

Potilaiden omahoidon vaikuttavuudesta sairauksien hoidossa, ehkäisyssä sekä elämäntapojen kohentamisessa on tieteellistä näyttöä. Keskeisiä asioita hoidon vaikuttavuuteen ovat potilaan valmentaminen omahoitoon ja hänen elämänhallintansa tukemiseen. Omahoito on potilaan itsensä toteuttamaa, hoitajan kanssa yhdessä suunniteltua ja sairauteen parhaiten sopivaa, näyttöön perustuvaa hoitoa. Omahoidossa tärkeää on potilaan autonomia sekä ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokyky. Hoitaja toimii potilaan omahoidon valmentajana, joka suunnittelee yhdessä potilaan kanssa hänelle ja hänen elämäntilanteeseensa sopivan hoidon. Omahoidossa potilas päättää itse omista ratkaisuksistaan. Omahoito merkitsee sitä, että potilas on aktiivinen oman hoidon ja elintapamuutoksen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Näin omahoidossa painottuu potilaan oma arki sekä tehdyt hoitoratkaisut ja – päätökset. (Routasalo & Pitkälä, 2009.)

Omahoidon tavoitteena on tukea potilasta hyvään terveyteen. Terveys voidaan nähdä hyvinvointina, joka toteutuu fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella ulottuvuudella. Omahoidon näkökulmasta tämä tarkoittaa terveyden tukemista eri ulottuvuuksilla.

Terveysten moniulotteisuuden huomioiminen on erityisen tärkeää silloin, kun potilas sairastaa pitkäaikaista tai fysiologisesti paranematonta sairautta. Potilaan selviytymisprosessiin vaikuttavat yksilölliset tekijät, sairaus ja sairastuneen saama sosiaalinen tuki. Sosiaalisella tuella tarkoitetaan verbaalista tai nonverbaalista viestintää, joka lisää potilaan selviytymisen resursseja ja henkilökohtaista hallinnan tunnettaan. Tuen saaminen vaikuttaa siihen, kuinka potilas selviytyy sairastumisen aiheuttamasta kriisistä ja kuinka hän sopeutuu sairauteensa. (Mikkola, 2000.)

Henkinen tuki on osoittautunut tärkeimmäksi terveyden kannalta. Se tukee potilasta myönteisesti, auttaa ottamaan käyttöön psyykkiset voimavarat ja käsittelemään sairauden aiheuttamaa henkistä kuormaa läheisten kanssa. Pitkäaikaissairauden hoito vaatii runsaasti informaatiota ja konkreettista apua sekä läheisiltä että muulta sosiaaliselta verkostolta ja hoitajilta. Moniin pitkäaikaisiin sairauksiin liittyvät vaivat kuten kivut, jäykkyys sekä liikkumisvaikeudet voivat vähentää sosiaalista elämää. Hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, että potilas saa säilyttää mahdollisuutensa olla ihmissuhteissa sekä saavana että antavana osapuolena. (Kukkurainen, 2007.)

4.7 Osteoporoosipotilaan ohjaustarpeet

Potilas käy pitkäaikaissairauteen sairastuessaan monenlaisia tunnetiloja läpi. Diagnoosin varmistuminen elämää haitanneille oireille helpottaa potilaan elämää. Samanaikaisesti potilas voi kuitenkin tuntea vihaa, pelkoa ja syyllisyyttä. Tunteet eivät häviä tiedon lisäämisellä, mutta ne saattavat lieventyä. Tunteet ovat sidoksissa potilaan arvomaailmaan sekä elämäkokemuksiin. (Routasalo & Pitkälä, 2009.)

Osteoporoosipotilaan ohjauksen tavoitteena on selviytymiskyvyn ja elämänlaadun parantaminen. Ohjaustilanteessa hoitajan tehtävänä on kannustaa potilasta luottamaan omiin kykyihinsä, tukea oma-aloitteellisuutta, rohkaista ottamaan vastuuta hoidostaan sekä edistää valintojen tekemistä. (Kyngäs ym., 2007.) Osteoporoosi luetaan pitkäaikaissairaudeksi. Tutkimusten mukaan osteoporoosia sairastavat sitoutuvat huonosti hoitoonsa. Hoitoon sitoutumista kuvaavat hoitomyöntyvyys ja hoidossa pysyminen. Krögerin (2007) tutkimuksen mukaan bisfosfonaattilääkityksen lopetti yli puolet lääkeytyksen saaneista. Ohjausinterventiotutkimuksessa on arveltu, että osteoporoosia sairastavat hoitavat itseään itsenäisesti eivätkä ole kovin tiiviissä hoitosuhteessa lääkäreiden tai hoitajien kanssa. Tätä on perusteltu sillä, että vain noin puolet tutkimukseen osallistujista kertoi käyvänsä vuosittain lääkärin vastaanotolla

eikä kukaan osallistujista ollut saanut osteoporoosia koskevaa tietoa sairaanhoitajalta. (Kemi ym., 2009.)

Routasalon ja Pitkälän (2009) mukaan potilaat sitoutuvat heikosti pitkäaikaishoitoihin. Noin puolet käyttää lääkkeitä ohjeiden mukaan ja näin hyöty lääkkeistä jää osittain saamatta. Lääkehoidon huonoon totuttamiseen on monia syitä muun muassa lääkkeiden korkea hinta, sivuvaikutukset, hankala annostelu, lääkkeen vaikutuksen hitaus ja heikko tunnistettavuus, käsitykset ja asenteet lääkkeistä. Potilaat sitoutuvat paremmin lääkehoitoon kuin elämäntapamuutoksiin. Noin kolmasosa kykenee noudattamaan suositusten mukaista ruokavaliota ja liikuntaa. (Routasalo & Pitkälä, 2009.)

5 KIRJALLINEN POTILASOHJE OHJAUKSEN TUKENA

Kääriäisen ja Kynkään (2005) tutkimuksen mukaan potilaat toivovat kirjallista materiaalia suullisen ohjauksen tueksi. Kirjallinen ohjausmateriaali on vaikuttavaa ja taloudellista silloin kun se tukee suullista ohjausta. Kääriäinen (2007) toteaa väitöskirjassaan, että ohjausmateriaalia käytetään runsaasti, ja sitä pidetään tarpeellisena tiedonlähteenä. Ohjausmateriaali ei aina perustu potilaiden näkökulmaan asiasta, koska teksti saattaa olla liian vaikeasti ymmärrettävää. Kirjallisen ohjausmateriaalin laadukkuutta lisää selkeä sanasto ja potilaiden tarpeita vastaava, ajan tasalla oleva ja mahdollisimman vähän tunteisiin vetoava sisältö. Muistamista ja ymmärtämistä voi helpottaa yksinkertaisilla kuvilla. Kirjallisen potilasohjeen avulla potilaat pystyvät lisäämään tietoaan, säilyttämään saamansa tiedon, palauttamaan asian mieleensä sekä selvittämään mahdollisia väärinymmärryksiä. Näin omaisille ja hoitohenkilöstölle välittyy tieto potilaalle annetuista ohjeista. (Kääriäinen & Kyngäs, 2005.)

Tutkittaessa 50–86 -vuotiaiden postmenopausaalisten, osteoporoosia sairastavien naisten hoitomyöntyvyyttä käytettiin kirjallista ohjemateriaalia puolelle ryhmästä. Puolet ryhmästä oli kontrolliryhmänä. Tuloksissa todettiin, että nuorempien postmenopausaalisten naisten hoitomyöntyvyys ei ollut kasvanut kirjallisen ohjemateriaalin myötä. Tutkimuksessa ei ollut tilastollisia eroja terveyteen liittyvän elämänlaadun paranemisessa. (Guilera, Fuentes, Grifols, Ferrer & Badia, 2006.)

Kirjalliset potilasohjeet toimivat informaation välittäjinä potilaalle ja näin määrittävät potilaan aseman terveydenhuollon järjestelmässä ja ohjaavat potilasta omaan hoitoon. Omahoidon korostaminen tuo lisää haasteita kirjallisten potilasohjeiden kehittämiseksi ja käyttämiseksi. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen, 2002.) Potilasohjeen kehittäminen ei ole mahdollista pelkästään terveydenhuollon ammattilaisten tiedoin ja taidoin vaan kehittäminen edellyttää aina yhteistyötä potilaiden ja potilasjärjestöjen kanssa. (Leino-Kilpi & Salanterä, 2009.)

Potilasohjeet laaditaan erilaisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Keskeisintä on erottaa ohjeet, joiden tavoitteena on edistää terveellisiä elämäntapoja, ennaltaehkäistä sairauksien syntyä, tukea potilasta johonkin tiettyyn toimenpiteeseen tai hoitoon valmistautumisessa ja siitä toipumisessa sekä tukea potilasta pitkäaikaissairauden kanssa. (Leino-Kilpi & Salanterä, 2009.)

Hyvällä potilasohjauksella, jota tukee kirjalliset potilasohjeet, vahvistetaan potilaan aktiivista roolia, itsemääräämis- ja tiedonsaantioikeutta. (Kyngäs ym, 2007.) Erityisen tärkeää se on silloin, kun ohje sisältää käytännön toimintaohjeita. Potilasohjeen tekstisisällön tulee edetä loogisessa esitysjärjestyksessä. Potilasohjeessa on huomioitava, että tärkein asia tulee tekstistä ensimmäisenä. Tämä viestii lukijalle tekstin kirjoittajan arvostavan häntä. Suurin yksittäinen ymmärrettävyyteen vaikuttava tekijä on asioiden esittämisjärjestys. (Torkkola ym., 2002.)

Potilasohje tulee kirjoittaa havainnollista yleiskieltä käyttäen ja kieliopillisesti oikein ja että se on myös ymmärrettävä. Tärkeää on, että virkkeet ovat selkeitä ja riittävän lyhyitä ja että vierasperäiset termit ovat suomennettuja. Ammattislangia ja sanalyhenteitä ei tule käyttää. (Torkkola ym., 2002.)

Kirjallisia ohjeita pitää säännöllisesti päivittää jotta ne vastaisivat potilaan tarpeita ja jatkuvasti muuttuvia hoitokäytäntöjä. (Torkkola ym., 2002.) Hyvä kirjallinen ohje on helppolukuinen, selkeä ja puhuttelee potilasta. Hyvin valmistetulla kirjallisella materiaalilla pystytään tehokkaasti välittämään tietoa ja vaikuttamaan potilaan kokemuksiin sekä motivaatioon. (Torkkola ym., 2002.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli perehtyä tieteelliseen kirjallisuuteen potilasohjauksen sisällöstä ja menetelmistä, joista saadaan teorettinen viitekehys. Vertailuaineistoksi opinnäytetyöhön tehtiin avoin kirjallinen kysely ”Vahvista luitasi - rakasta luustoasi” ryhmään osallistuvilta osteoporoosia sairastavilta. Opinnäytetyötä varten haluttiin heidän näkemystään niistä asioista, jotka he kokevat tukevan sairautensa omahoidon onnistumista. Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää ne asiat, joiden koetaan tukevan sairauden omahoidon onnistumista.

Näiden pohjalta luodaan myöhemmin osteoporoosia sairastaville kirjallinen potilasohje Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueelle. Työn tavoitteena on kirjallisten potilasohjeitten laatimisen myötä edistää Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella hoidettavien osteoporoosia sairastavien potilaiden tiedon saantia.

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

7.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Opinnäytetyön kohderyhmäksi valittiin syksyllä 2010 JAMK:n HYVIpisteen osteoporoosia sairastavien avokuntoutusryhmään ”Vahvista luitasi - rakasta luustoasi” osallistuneet 9 henkilöä. Ryhmää markkinoitiin HYVIpisteen esitteellä Keski-Suomen Osteoporoosiyhdistys Ry:n yli 65 – vuotiaille jäsenille (liite 1). Avokuntoutusryhmä aloitti kokoontumiset 15.9.2010 ja ryhmälle oli suunniteltu yksitoista kokoontumiskertaa. Jokaisella kokoontumiskerralla osallistujat saivat teoreettista tietoa osteoporoosista (liite 2). Ryhmäläiset olivat kaikki naisia ja yli 65-vuotiaita.

Avokuntoutusryhmän kokoontuessa 10.11.2010 ryhmän 8 henkilölle jaettiin avoin lomake ohjeineen (liite 3). Ryhmän yksi osallistuja oli pois. Ryhmäläisiä pyydettiin vapaasti kirjaamaan ne asiat, jotka he kokevat tukevan oman sairauden hoidon onnistumista. Ryhmäläisille painotettiin, että vastaaminen on vapaaehtoista ja sen voi tehdä nimettömänä. Ryhmäläisille kerrottiin mihin tarkoitukseen aineistoa käytetään. Ryhmäläisillä oli useampi viikko aikaa kirjata asiat kotona. Lomakkeen palautuspäiväksi sovittiin 1.12.2010, joka oli ryhmän viimeinen kokoontumiskerta. Lomakkeen palautti täytettynä 7 henkilöä.

7.2 Tutkimusmenetelmät

Laadullisella tutkimuksella on monia merkityksiä hoitotyölle ja – tieteelle. Nykyään näyttöön perustuvassa hoitotyössä tarvitaan eritavoin koottua tietoa terveyden ja sairauden kokemuksista ja ihmisten niille antamista merkityksistä. Laadullinen tutkimus on tuonut myös kriittisen näkökulman näyttöön perustuvan toiminnan arviointiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009.)

Laadullinen tutkimusote etenee käytännön ilmiöistä ja havainnoista yleiselle tasolle eli empiriasta teoriaan. Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan tulkita ja luoda selitysmalli tutkittavalle ilmiölle. Saatuja havaintoja tarkastellaan tätä varten luodun käsitteellisen kehikon läpi. Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruussa mukana voi olla muun muassa haastatteluja, havainnointia, tutkijan omia muistiinpanoja sekä autenttisia asiakirjoja. (Anttila, 2005.)

Sisältöanalyysi voi olla aineistolähtöistä tai teorialähtöistä. Teorialähtöisessä analyysissä lähtökohtana ovat teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä tarkastellaan käytännössä. Teorialähtöisessä analyysissä käytetään yleensä analyysikehikkoa tai lomaketta, johon teoreettinen lähtökohta on operationalisoitu, aikaisemman tiedon ja tutkimuksen tarkoituksen suuntaisesti. Operationalisoimisella tarkoitetaan teoreettisen käsitteen yhdistämistä tutkimusaineistossa havaittaviin mitattaviin ominaisuuksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009.)

Teorialähtöinen aineiston analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen, joka voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. Tällöin analyysiä ohjaa käsitekartta tai joku teema. (Tuomi & Sarajärvi, 2009.)

7.3 Aineistoanalyysi

Tässä opinnäytetyössä kerätty aineisto analysoidaan aineisto- sekä teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Teorialähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostuminen. Analyysirunko voi olla strukturoitu, jolloin aineistosta kerätään vain niitä asioita, jotka sopivat aineistorunkoon. Tällöin voidaan testata aikaisempaa teoriaa tai käsitejärjestelmää uudessa kontekstissa (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 113). Laadullisessa tutkimuksessa sisällönanalyysin avulla pyritään paljastamaan odottamattomia seikkoja. Lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesin

testaaminen vaan aineiston monipuolinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2000.)

Kerätty aineisto analysoidaan jaottelemalla asiat esille teemoittain, joita verrataan opinnäytetyön valittuun tietoperustaan osteoporoosista ja potilaan ohjauksesta. Tässä työssä pyritään löytämään osteoporoosipotilaan ohjauksen painopistealueet, joita voidaan hyödyntää kirjalliseen ohjeeseen myöhemmin.

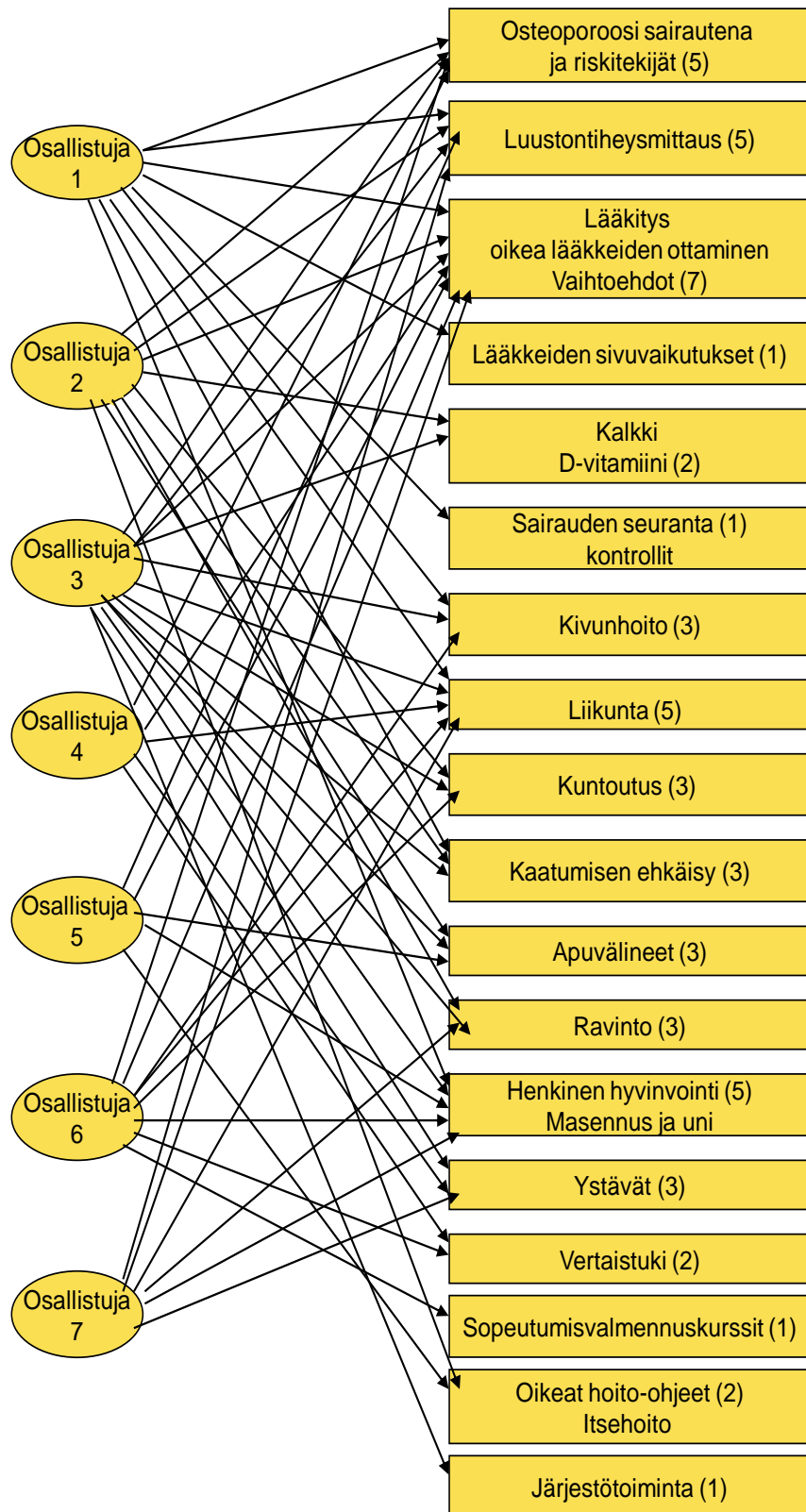
Palautetut lomakkeet käytiin yhdessä läpi useampaan kertaan kokonaiskuvan saamiseksi. Lomakkeet luettiin ja tarkastettiin vasta, kun teoreettinen viitekehys potilasohjauksesta ja osteoporoosista oli kirjoitettu. Palautetuista lomakkeista etsittiin potilasohjaukseen ja osteoporoosiin liittyvät erilaiset teemat ja asiat.

8 TULOSTEN TARKASTELU

Ryhmäläisiä pyydettiin kirjaamaan avolomakkeelle ne asiat, jotka he kokevat tukevan sairautensa omahoidon onnistumista. Vapaasti kirjoitettu informatiivinen tekstisisältö vaihteli runsaasti. Osassa lomakkeita kirjoitettiin monisanaisesti elämän- sekä sairaushistoriaa, ja osassa lomakkeita asiat oli esitetty ranskalaisin viivoin.

”Sairauteen tutustuminen ja sopeutuminen vievät paljon aikaa.”

Kootuista asioista tehtiin analyysirunko, johon listattiin osallistujat 1-7. Tieteelliseen tietoon sekä omaan asiantuntijakokemukseen perustuen koottiin osallistujien kirjaamat merkitykselliset kokemukset osteoporoosin omahoidon onnistumisessa. Kuviossa 2. esitetään jokaisen osallistujan kirjaamista asioista omahoidon tukemiseksi tärkeät merkitykset. Näin saatiin esille lukumääräisesti tärkeitä ja vähemmän tärkeitä osia alueita omahoidon onnistumiseksi.



Kuvio 2. Aineistoanalyysin runko

Osallistujat nostivat tärkeimmäksi osa-alueeksi osteoporoosilääkkeet, niiden vaihtoehdot sekä annostelun. Ainoastaan yhdellä osallistujalla oli maininta lääkkeiden sivuvaikutuksista.

”Miksi olen osteo-sairas? Onko se seurasta muitten sairauten hoitoon määrättyjen, usein ankarienkin kipujen hoitoon saatujen lääkkeitten sivuvaikutusta, geeniperintää, lapsuus-/nuoruusiälle sopimatonta fyysistä rasitusta?”

”LÄÄKITYS – ottaminen, vaikuttaako joku ruoka, toinen lääke – yhteisvaikutukset?”

Tieteellisesti tutkittua tietoa osteoporoosista sairautena on olemassa runsaasti. Aihealue näytti olevan myös osallistujille merkityksellinen asia. Sen halutaan kuuluvan osaksi ohjausta omahoidon tukemiseksi. Osteoporoosin tutkimuksista ja sairauden seurannasta mainituista asioista nousi esille, että osallistujat arvostavat luuntiheysmittauksen mukanaan tuomaa tietoa diagnoosin varmistamiseksi. Sairauden jatkoseurannasta ei kuitenkaan oltu kiinnostuneita. Luokittelimme oikeat hoito-ohjeet ja itsehoidon potilasohjaukseen liittyviksi asioiksi, joista osallistujat eivät olleet kovinkaan kiinnostuneita.

”Op-sairas on viimeistään 60–65 -vuotiaana monivammapotilas: aistivammainen, ts. näkö-, kuulo-, puhe-, muistihäiriö- jne.”

”Olen iloinen, että lääkäri suositteli jo ensimmäisen murtuman jälk. luustontiheysmittausta.”

”Lääkkeeksi määrättiin vahvoja särkylääkkeitä, ei tutkimuksia.”

Osallistujilla liikunta ja henkinen hyvinvointi olivat asioita, jotka koettiin tärkeäksi omahoidon onnistumisessa.

”Myös henkinen hyvinvointi on äärettömän tärkeä, ystävät ovat tosi tärkeitä.”

”Mitä voi tehdä että selviää jokapäiväisestä elämästä – pitää fyysistä kuntoaan yllä liikkumalla itselleen sopivalla liikunnalla.”

Vähemmän tärkeäksi koettiin kivunhoito, kuntoutus, apuvälineet ja kaatumisen ehkäisy sekä ravinto.

”OHJEITA RUOKAILUUN, erityisesti jos ei voi juoda maitoa.”

Osallistujat näkivät vertaistuen tärkeämmäksi kuin sopeutumisvalmennuskurssit ja järjestötoiminnan.

”Positiivisen asenteen luominen – se ei ole tappava tauti, se on hidasta mutta siitä huolimatta voi elää täyttä elämää. Ryhmätapaamiset, osp.järjestötoiminta ja kuntoutusryhmät.”

”Sopeutumisvalmennuskurssit ovat todella hyviä. Vertaistuki on erittäin tärkeä.”

Yläluokaksi luokiteltiin tieteelliseen tietoon perustuvat osa-alueet **hoidollinen, sosiaalinen ja henkinen tuki** sekä **osallistujien kokemat merkitykset** (Kuvio 3.)

	OMAHOIDON TUKIMUODOT	KOETUT MERKITYKSET
O M A H O I D O N T U K E M I N E N	HOIDOLLINEN TUKI	Osteoporoosi sairautena ja riskitekijät Lääkitys Ravitsemus ja liikunta Luuntiheysmittaus Hoidon seuranta Kuntoutus Ohjaus
	SOSIAALINEN TUKI	Vertaistuki Sopeutumisvalmennuskurssit Järjestötoiminta
	HENKINEN TUKI	Ystävät Omaiset

Kuvio 3. Omahoidon tukemisen osa-alueet

Osallistujien merkitykselliset kokemukset osteoporoosin omahoidon onnistumisesta ovat yhtenevät alan kirjallisuuden ja tutkitun tiedon kanssa. Osallistujien kirjaamat merkitykset nousivat yksilöllisesti arvotettuna, mikä teki mahdolliseksi erottaa tärkeät osa-alueet osteoporoosipotilaan omahoidon tukemiseksi. Henkisen tuen merkitys koettiin lähes yhtä tärkeäksi kuin hoidollinen tuki. Sosiaalisen tuen osa-alue jäi vähäiseksi osallistujien listaamissa merkityksissä. Kuitenkin sosiaalisen tuen merkitys on tieteellisesti todettu lisäävän hyvinvointia pitkäaikaissairauksissa.

”Pahalla sisulla pärjää pitkälle.”

9 POHDINTA

9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Olemme pyrkineet noudattamaan tässä opinnäytetyössä yleisen hyväksyttävyyden ja luotettavuuden kriteereitä. Opinnäytetyön prosessin aikana olemme noudattaneet rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Opinnäytetyössä tiedonhankinta perustuu tieteelliseen kirjallisuuteen sekä muihin asianmukaisiin tietolähteisiin.

Opinnäytetyön aiheen valinta oli haastava, koska potilasohjauksesta ja osteoporoosista on jo runsaasti tutkittua tietoa. Tämän opinnäytetyön teoreettista viitekehystä tukemaan valittiin osteoporoosia sairastavia henkilöitä, joilta saatiin arvokasta tietoa kyselyn avulla.

Tätä opinnäytetyötä varten tehtyyn kyselyyn osallistuneiden itsemääräämisoikeus oli tämän työn lähtökohta. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja luottamuksellista, ja sitä korostettiin osallistujille. Osallistajat vastasivat kyselyyn nimettöminä, joten opinnäytetyön tekijät eivät voineet yhdistää vastauksia ja osallistujien henkilöllisyyttä. Saadut lomakkeet hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Osallistujille kerrottiin, mitä tarkoitusta varten heidän kokemiaan merkityksiä omahoidon tukemiseksi pyydettiin, ja mihin niitä käytetään. Lomakkeen palauttaneet osallistajat olivat kyenneet tekemään rationaalisia arviointeja heille annettujen ohjeiden perusteella.

Toiminannon etiikan periaatteena ja työn oikeutuksen lähtökohtana on sen hyödyllisyys. Hyöty ei aina kohdistu osallistuvaan vaan tuloksia voidaan toisinaan hyödyntää vasta tulevaisuudessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009.)

Kvalitatiivista tutkimusta lukee yleensä aina sillä mielellä, että löytyyköhän siitä jotain sellaista – kutsutaan sitä sitten totuudeksi tai ei – jonka voisi itsekkin allekirjoittaa. (Eskola & Suoranta, 1996, 165). Tähän opinnäytetyöhön liittyvä kysely analysoitiin laadullisin menetelmin, jossa lähtökohtana ja luotettavuuden kriteerinä on opiskelija itse. Käsitteiden merkitykset ovat neuvottelunvaraisia asioita. Tässä opinnäytetyössä käytettyjä käsitteitä on pohdittu hoitotyön näkökulmasta. Uskottavuus luotettavuuden yhtenä kriteerinä kuvaa tekijöiden tulkintaa osallistujien käsityksistä. Vahvistuvuus nousi esille tässä opinnäytetyössä analysoidessa osallistujien omahoidon tukemiseksi merkityksellisiä asioita. Ne olivat samansuuntaisia kuin teoreettinen viitekehys esittää. (Eskola & Suoranta, 1996.)

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys rakentui tutkimusartikkeleista, tutkimuksista, hoitosuosituksista sekä alan kirjallisuudesta. Tiedonhakuun käytettiin terveysalan tunnettuja tietokantoja, joista haettiin tietoa useilla hakusanoilla ja niitä yhdistelemällä. Työn luotettavuutta pyrittiin lisäämään kirjoittamalla tarkasti työn toteuttamisesta, menetelmistä, aineiston teemoittamisesta sekä yksittäisten merkityksien analyysistä.

9.2 Johtopäätökset ja kehittämisalueet

Tämän opinnäytetyön tulosta tullaan käyttämään kirjallisen potilasohjeen tekemisessä osteoporoosipotilaille. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella ei ole käytössä kirjallista potilasohjetta osteoporoosia sairastaville. Kirjalliset potilasohjeet integroituvat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveydenedistämisen toimintaohjelmaan 2009–2013, potilasturvallisuuden kehittämiseen ja laadunhallintajärjestelmään. Potilasohjeella on selkeä tilaus osteoporoosia sairastavien oman hoidon tukemiseen ja sen merkitys on korostunut yhä enemmän hoitoaikojen lyhentyessä ja suullisen ohjauksen vähentyessä. Potilaat joutuvat ottamaan itse enemmän vastuuta omasta hoidostaan. Kirjallisen potilasohjeen tarkoituksena on tiedon välittäminen sekä potilaan kokemuksiin vaikuttaminen ja hoitomotivaatioon sitoutuminen. Kirjallisen ohjeen tulee olla potilaalle sopiva ja hänen tietojensa ja tarpeidensa mukainen. Suomessa potilaan oikeus tietoon on määritelty laissa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Kirjallisella potilasohjeella voidaan tukea osteoporoosia sairastavien omahoidon toteuttamista. Potilaiden kiinnostus omaa terveyttä ja sairautta kohtaan on lisännyt ohjauksen merkitystä kun samalla kuitenkin henkilökohtaiseen ohjaukseen käytettävä aika on vähentynyt. Suullisen ohjauksen tukena tulee käyttää kirjallisia potilasohjeita täydentämään ja vahvistamaan potilasohjausta. (Torkkola ym., 2002.)

Kirjallisten potilasohjeiden merkitys korostuu yhä enemmän koska hoitoajat ovat lyhentyneet ja suullisen ohjauksen toteutusaika on vähentynyt. Potilaat joutuvat ottamaan itse enemmän vastuuta omasta hoidostaan. Kirjallisella potilasohjeella pystytään tiedon välittämisen lisäksi vaikuttamaan potilaan kokemuksiin (tyytyväisyys hoitoon) ja hoitomotivaatioon (hoitoon sitoutuminen). Kirjallisen ohjeen tulee olla potilaalle sopiva ja hänen tietojensa ja tarpeidensa mukainen. (Kääriäinen, 2007.)

Tutkimuksissa on osoitettu, miten vaikeaa potilasohjaus on. Warriner & Curtis (2009) kirjoittavat artikkelissaan osteoporoosia sairastavien hoitomyöntyvyydestä muun muassa lääkehoitoon. Hoitomyöntyvyyden parantaminen on vaikeaa, ja passiivisten potilaiden ohjaus pelkästään kirjallisella ohjeella ei ole vaikuttavaa.

Kirjallinen ohjausmateriaali on edullinen tapa ja helposti toistettavissa. Osteoporoosipotilaiden interventiotutkimuksilla on todettu, että tieto osteoporoosista sairautena lisääntyy, mutta hoitomyöntyvyys ei. (Schulman, Williams, Khera, Sahba, Michelson & Fine, 2007.)

Tässä opinnäytetyössä tuli esiin, että osteoporoosia sairastavien omat merkitykselliset asiat omahoidon tukemiseksi ovat yhteneviä tehtyjen tutkimusten kanssa (vrt. Kemi & kumpp. 2009.) Opinnäytetyön tekijät pohtivat, kuinka paljon luotettavuuteen vaikuttaa osallistujien aktiivisuus yleensä osallistua omaa sairautta koskevaan interventioon. Interventiotutkimuksissa on arveltu, että osteoporoosia sairastavat hoitavat itseään itsenäisesti, koska sairaus saattaa olla oireeton ennen ensimmäistä murtumaa. Osteoporoosipotilaan ohjauksen tavoitteena on selviytymiskyvyn ja elämänlaadun parantaminen.

Osallistujien kirjaamat merkitykset nousivat yksilöllisesti arvoitettuna. Sosiaalisen tuen osa-alue jäi vähäiseksi osallistujien listaamissa merkityksissä. Merkityksistä puuttui ohjaus sekä sosiaaliset etuudet, mikä yllätti opinnäytetyöntekijät. Kuitenkin

sosiaalisen tuen merkitys on tieteellisesti todettu lisäävän hyvinvointia pitkäaikaissairauksissa. Tämä osoittaa, että osteoporoosia sairastavien tiedon määrä ja ohjaus on riittämätöntä omahoidon tukemiseksi.

Tämän opinnäytetyön alkuperäisenä tarkoituksena oli luoda kirjallinen potilasohje osteoporoosia sairastaville. Kirjallisen potilasohjeen tekeminen Keski-Suomen keskussairaalan sairaanhoitopiirille vaatii oman toimintatavan. Tiukan aikataulun vuoksi päädyimme tekemään teoreettisen viitekehyksen, jonka pohjalta myöhemmin kirjallinen potilasohje valmistuu. Suunniteltavan kirjallisen potilasohjeen sisällön tulee olla selkeästi jaoteltu kolmeen osa-alueeseen; hoidollinen, sosiaalinen ja henkinen tuki. Osallistujien tärkeiksi kokemia merkityksiä korostetaan näillä osa-alueilla.

Tämä opinnäytetyö tukee osteoporoosipotilaiden ohjauksen kehittämistä eri muodoissa. Omahoidon tukemisessa kirjallisen potilasohjeen lisäksi tulee käyttää myös yksilöllistä sekä ryhmäohjausta useampia kertoja peräkkäin. Jatkotutkimus ehdotuksena opinnäytetyöntekijät esittävät osteoporoosipotilaiden ohjauksen vaikutusta omahoidon sitoutumiseen.

**Maailmassa on olemassa upea luonnonlaki:
kolme asiaa, joita eniten haluamme –
onnellisuus, vapaus ja mielenrauha. Ne ovat
kaikki asioita, jotka saamme itse silloin,
kun annamme ne jollekulle toiselle.**

-Peyton March

LÄHTEET

- Anttila, P. 2005. Ilmaisuu, Teos, Tekeminen ja tutkiva toiminta. Akatiimi Oy. Hamina.
- Arokoski, J. P. A. Pohjolainen, O. Laaksonen, M. Saarinen, I. Arokoski, M. H. 2001. Osteoporoosin lääkkeetön ehkäisy ja hoito - oikea ravitseminen ja liikunta elämäntavaksi. Suomen Lääkärilehti 21 -22: 2391-96.
- Benzen, H., Bergland, A., Forsén, L. 2008. Risk of hip fractures in soft protected, hard protected, and unprotected falls. Injury Prevention 14: 306 -10.
- Blek, T., Kiema, M., Karinen, A., Liimatainen, L., Heikkilä, J., 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheistensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveystietäytymiseen. Tutkiva hoitotyö Vol.5 (4), 9-14.
- Blondis, M.N., Jackson, B.E. 1998. Inhimillinen yhteys - sanaton viestintä potilaan kanssa. Juva. WSOY.
- Dempster, D.W. 2006. Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism.
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.
- Eskola, J., Suoranta, J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Rovaniemi. Lapin Yliopisto paino.
- ETENE, Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene julkaisuja I.
- Guilera, M., Fuentes, M., Grifols, M., Ferrer, J., Badia, X. 2006. Does an educational leaflet improve self-reported adherence to therapy in osteoporosis? The OPTIMA study. Osteoporos International 17, (5): 664-71.
- Harju, J. 2011. Luusto lujaksi elämäntavoilla. Ehkäise ja hoida osteoporoosia ravinnolla ja liikunnalla. Jyväskylä. Atena.
- Heinonen, A., 2010. Liikunnan merkitys luuston terveyden kannalta. Luento. Osteoporoosi 2010, Murtumien ehkäisy, Seminaari 12.-13.10.2010. Helsinki.
- Hilden, R., 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere. Tammer-Paino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirvonen, J. (toim.) 2010. Simonen, O. Teoksessa Kantavat rakenteet, näkökulmia tule-terveyteen. Helsinki. Suomen Reumaliitto.
- Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.

Kannus, P., 2010. Voidaanko murtumia ehkäistä? Luento. Osteoporoosi 2010, Murtumien ehkäisy, Seminaari 12.–13.10.2010. Helsinki.

Kansallinen toimenpideohjelma vuosille 2009-2012. Suomen Osteoporoosiliitto ry. 2009. Helsinki. Hakapaino Oy.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Kemi, S., Kääriäinen, M., Kyngäs, H., 2009. Ohjausinterventioihin osallistumisen vaikutus hoitoon sitoutumiseen ja tietoon osteoporoosista. *Hoitotiede* 21 (3), 174–184.

Kettunen, T., 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja, Jyväskylän Yliopisto.

Kröger, H., 2007. Päivittäin vai harvemmin? Bisfosfonaattilääkityksen toteutuminen osteoporoosin hoidossa. *Yksityislääkäri* (1) 81-86.

Kukkurainen M.L. 2007. Sosiaaliset suhteet ja niiden merkitys reumasairauksien hoidossa. Viitattu 16.4.2011. Terveyskirjasto Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00321

Kukkurainen M.L. 2007. Vertaistuki ja tukihenkilötoiminta. Viitattu 2.4.2011. Terveyskirjasto Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00322#s1

Kuntalaki 17.3.1995/365.

Käypä hoito suositus. 2006. Osteoporoosi. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., 2005a. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. *Hoitotiede* 4/2005, 208-216.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* nro10, 6-9.

Kääriäinen, M., 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. *Acta Universitatis Ouluensis D* 937. Väitöskirja, Oulun yliopisto.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/1785.

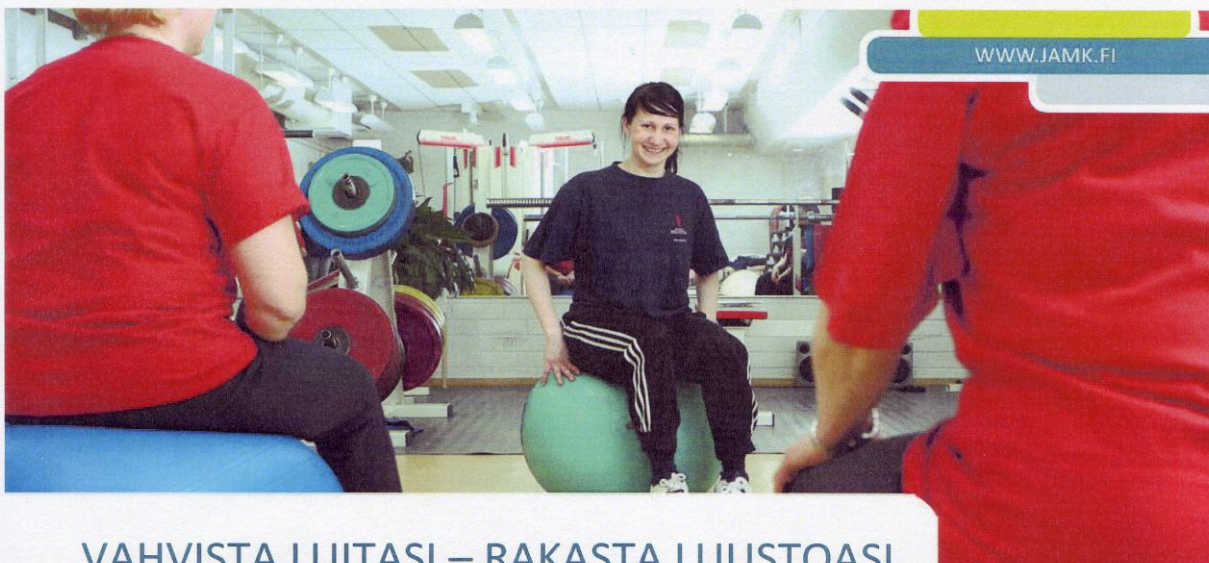
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Leino-Kilpi, H & Salanterä, S. 2009. Hyvä potilasohje edistää potilasturvallisuutta. *Suomen Potilas lehti* No 2.

Leinonen, R., Havas, E., (toim.). 2008. Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäjänä. *Liikunnan ja kansanterveydenjulkaisuja* 2012. Jyväskylä.

- Mikkola, L. 2000. Supportiivinen viestintä hoitotyössä. Sosiaalisen tuen tutkimusnäkökulmien tarkastelua. Puheviestinnän lisensiaatintutkimus. Viestintätieteiden laitos. Jyväskylän Yliopisto.
- Mikkonen, I., 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 173. Väitöskirja, Kuopion yliopisto.
- Onnismaa, J., 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö, aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Gaudeamus, Helsinki.
- Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoidaja nro10.
- Pekkari, M. 2008. Tavoitteellinen ohjauskeskustelu. Helsinki. Tammi.
- Poutala, K., Partanen, L., Tuunainen, J. 2007. Sydämen vajaatoimintaa sairastavat toivovat lisää ohjausta. Sairaanhoidaja nro 10.
- Reid, R.L., Blake, J., Abramson, B., Khan, A., Senikas, V., Foriter, M. 2009. Menopause and osteoporosis Update 2009. Journal of Obstetrics and Gynaecology, Canada. (31): 1, 34-41.
- Routasalo, P., Pitkälä, K., 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen lääkäriseura Duodecim.
- Schulman, J.E., Williams, S., Khera, O., Sahba, T., Michelson, J., Fine, K. 2007. Effective Osteoporosis Education in the Outpatient Orthopaedic Setting. The Journal of Bone & Joint Surgery 89:301-306.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008-2011. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.
- Swezey, R. L. Swezey, A. Adams, J. 2000; Isometric progressive resistive exercise for osteoporosis. Journal of Rheumatology 27: 1260- 64.
- Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki. Tammi.
- Vesänen, M. 2009. Vasta-aineella luuta vahvistamaan. Suomen Lääkärilehti 42: 3533.
- Wilson, J. F. 2004. New treatments for growing scourge of brittle bones. Annals of International Medicine 140. 153-56.
- Välimäki, M. 2003. Mitä osteoporoosin lääkkeeksi? Duodecim 119: 2409- 11.
- Väänänen, K. 1996. Luun elämäнкаari. Duodecim 112: 2087-94.
- Warriner, A.H., Curtis, J.R. 2009. Adherence to osteoporosis treatments: room for improvement. Current Opinion in Rheumatology 21, (4):356-62.

LIITE 1



VAHVISTA LUITASI – RAKASTA LUUSTOASI

Jyväskylän ammattikorkeakoulun hyvinvointiyksikön HYVipiste tarjoaa moniammatillisesti toteutettavia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ryhmiä.

OSTEOPOROOSIA SAIRASTAVIEN AVOKUNTOUTUSRYHMÄ - SYKSYLLÄ 2010

Osteoporoosi on perinnöllinen sairaus, mutta tutkimusten mukaan luuston hyvinvointiin ja sairauden syntymiseen vaikuttavat myös monet elämäntapatekijät. Lisäksi useilla pitkäaikaissairauksilla ja niihin liittyvällä lääkityksellä on todettu olevan yhteyksiä osteoporoosin syntymiseen. Luuston hyvinvoinnille on ensiarvoisen tärkeää monipuolinen ravinto sekä luustoa kuormittava liikunta.

Nyt sinulla on mahdollisuus osallistua Jyväskylässä käynnistyvään avokuntoutusryhmään, jossa saat lisätietoa osteoporoosista ja sen hoidosta. Ryhmä on tarkoitettu osteoporoosia sairastaville miehille ja naisille. Aiheina ovat mm. osteoporoosi sairautena sekä liikunnan, lääkehoidon ja ravinnon merkitys sen hoidossa. Jokaisella tapaamiskerralla on osteoporoosiin liittyvä asiakokonaisuus eri aihealueista sekä liikuntaa. Ryhmässä voit tutustua samassa tilanteessa oleviin ihmisiin.

AIKA JA PAIKKA

Ryhmä kokoontuu Jyväskylän ammattikorkeakoulun HYVipisteellä osoitteessa Keskussairaalantie 21 E, Jyväskylä. Kokoontumiset ovat kerran viikossa keskiviikkoisin 15.9.2010 – 1.12.2010 klo 13-15.

ILMOITTAUTUMINEN JA HINTA

Osallistumismaksu on 70 €, Keski-Suomen Osteoporoosiyhdistyksen jäsenille 50 €. Ilmoittautuminen; HYVipisteen toimisto, puh. 040 354 3044.

LISÄTIETOJA

Osteoporoosihoitaja Mirja Venäläinen puh. 040 824 5010, mirja.venalainen@elisanet.fi
Hankesuunnittelija Antti Hakulinen, puh. 040 582 9488, antti.hakulinen@jamk.fi

Pidätämme oikeuden muutoksiin.

www.jamk.fi



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

VAHVISTA LUITASI - RAKASTA LUUSTOASI syksy 2010

15.09.2010 klo 13:00 – 15:00

Tutustumme toisiimme

22.09.2010 klo 13:00 – 15:00

Terveystarkastukset

29.09.2010 klo 13:00 – 15:00

Osteoporoosi sairautena

06.10.2010 klo 13:00 – 15:00

Liikunnan ja levon merkitys / FT: allas

13.10.2010 klo 13:00 – 15:00

Selän hyvinvointi / ryhti

27.10.2010 klo 13:00 – 15:00

Ravinnon merkitys

03.11.2010 klo 13:00 – 15:00

Kaatumisten ehkäisy, kodin turvallisuus

10.11.2010 klo 13:00 – 15:00

Kuntoutuspolut ja –prosessit/ potilasjärjestöt

17.11.2010 klo 13:00 – 15:00

Henkinen hyvinvointi

24.11.2010 klo 13:00 – 15:00

Osteoporoosinlääke- ja kivunhoito

01.12.2010 klo 13:00 – 15:00

Miltä nyt tuntuu? Palaute

**Otathan mukaasi tapaamisiin rennot liikuntavaatteet. Jokaiseen
kokoonntumiseen sisältyy liikunnallinen tuokio tai rentoutushetki.**

HYVIpiste / toimisto : 040 – 354 3044

LIITE 3

JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Mirja Venäläinen, sh
Ruut Savonmäki, sh
AAKE3/ SHO9SM

”Vahvista luitasi - rakasta luustoasi”

Teemme kirjallisen potilasohjeen osteoporoosia sairastaville opinnäytetyönä. Ohjeen tarve nousi esille pitämässämme ryhmässä ”Vahvista luitasi - rakasta luustoasi” keväällä 2010.

Kirjallisten potilasohjeiden merkitys on korostunut yhä enemmän hoitoaikojen lyhentyessä ja suullisen ohjauksen toteutusaika on vähentynyt. Potilaat joutuvat ottamaan itse enemmän vastuuta omasta hoidostaan. Kirjallisen potilasohjeen tarkoituksena on tiedon välittäminen sekä potilaan kokemuksiin vaikuttaminen ja hoitomotivaatioon sitoutuminen. Kirjallisen ohjeen tulee olla potilaalle sopiva ja hänen tietojensa ja tarpeidensa mukainen. Suomessa potilaan oikeus tietoon on määritelty laissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Pyydämme teitä ystävällisesti kirjaamaan ne asiat, joiden koette tukevan sairautenne omahoidon onnistumista. Esimerkiksi lista asioista, joista olisitte kaivanneet tietoa osteoporoosin hoitoon liittyen.

Palautus nimettömänä viimeistään 01.12.2010 ryhmän viimeisellä kokoontumiskerralla.

Kiitos etukäteen!